Rok XXXVII. Kraków 12. Marca 1898. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek dzieciobójstwa

podał

Dr. Włodzimierz Sieradzki,

asystent zakładu.

Przypadki dzieciobójstwa nie należą do rzadkości i prawie każdy lekarz, zajmujący się praktyką sądowo-lekarską, mógłby przytoczyć większą lub mniejszą ich liczbę z własnego doświadczenia. Jeżeli, mimo to, pozwalam sobie podać do ogólnej wiadomości poniższy przypadek, w którym wspólnie z prof. Dr. Wachholzem spełniałem zadanie znawcy sądowego, tak podczas śledztwa jak i wśród postępowania końcowego, to czynię to z kilku następnych powodów: przedewszystkiem odznacza się on nadzwyczaj sumiennem i na znajomości rzeczy opartem prowadzeniu śledztwa, co, wobec niejednokrotnie spotykanego braku dostatecznej znajomości medycyny sądowej u sędziów śledczych, niestety, nie tak często się przydarza. Pięciokrotnie wzywani przez sędziego w śledztwie, celem wyjaśnienia całej sprawy ze stanowiska lekarskiego, byliśmy w stanie opracować ten przypadek w zupełności tak, że może on stanowić prawdziwy wzór postępowania lekarza i sędziego w przypadkach dzieciobójstwa i nie pójdę za daleko, jeśli go porównam z zajmującym przypadkiem sumiennego i umiejętnego spostrzeżenia klinicznego, tem bardziej, iż poruszył on prawie wszystkie zagadnienia, tyczące się nauki dzieciobójstwa. Ze wszystkich zaś spraw, w których sąd wzywa pomocy lekarza, jako znawcy, przypadki dzieciobójstwa są o tyle najważniejszymi, iż cięży w nich największa odpowiedzialność na lekarzu. Niema w tych razach świadków czynu, to też punkt ciężkości całego postępowania dowodowego spoczywa na orzeczeniu lekarskiem, które z natury rzeczy, obok faktów niezbitych, opartych na przedmiotowem badaniu, musi przedstawić zarazem, o ile podania obwinionej matki zasługują na wiarę ze stanowiska lekarskiego. Jeśli już więc sam wzgląd na ważność nauki o dzieciobójstwie dla każdego lekarza sądowego usprawiedliwia niniejszą publikacyę, tem bardziej skłoniła mnie do niej ta okoliczność, iż przypadek ten nastręczył nam sposobność do wykonania w zakładzie sądowo-lekarskim szeregu doświadczeń, celem rozjaśnienia jednej nasuwającej się wątpliwości, doświadczeń prostych w swem przeprowadzeniu, a jednak ważnych i rozstrzygających dla tego przypadku, a zapewne i dla innych podobnych w przyszłości. Szczegół powyższy nadaje zatem przypadkowi temu cechę prawdziwej oryginalności i stanowić może istotny przyczynek do nauki o dzieciobójstwie.

Dnia 26-go października, 1897 roku, dostawiono do zakładu sądowo-lekarskiego zwłoki noworodka, znalezione tegoż dnia nad ranem w kanale, zbierającym nieczystości z kilku domów jednej z ulic śródmieścia.

Dnia następnego dokonano na zwłokach tych sekcyi sądowo-lekarskiej, która wykazała, co następuje:

A. Oględziny zewnętrzne.

1. Zwłoki dziecka płci męskiej, dobrze zbudowanego, 50 ctm. długie; plamy pośmiertne, nacięciem stwierdzone, bardzo skąpe na twarzy i powłokach czaszkowych, zwykłego zabarwienia. Na powłokach grzbietu, zwłaszcza po stronie prawej, zabarwienie blado zielonawe. Stężenie pośmiertne utrzymuje się w miernym stopniu we wszystkich kończynach. Powłoki zewnętrzne jednostajnie zawalane żółto brunatną treścią cuchnącą, oraz pokryte zeschłymi liśćmi kasztanu. Z otworów nosowych wydobywa się płynna, żółtobrunatna, treść gnojówkowa.

2. Kontury ciała zaokrąglone, powłoki podszyte prawidłową ilością tkanki tłuszczowej. Obwód główki, mierzony taśmą, wynosi 35 ctm. wymiar prosty 11 ctm., wymiar dwuskroniowy 8 ctm., dwuciemieniowy 9 ctm., skośny wielki 14 ctm.; źrenice obie, wyraźnie widoczne, nie zawierają błony źrenicznej; chrząstki uszne oraz skrzydełek nosowych dokładnie wykształcone. Szerokość barków wynosi $12^1/_2$ ctm., szerokość bioder $8^1/_2$ ctm. Na szczytach barków wyraźny meszek. Na powłokach ciała, zwłaszcza w przegubach stawowych, dość obfita ilość treści białej, lepkiej, łojowatej. Paznogcie u rąk i nóg sięgają po końce opuszek palców. W dolnej nasadzie kości udowej znachodzi się jądro kostne, liczące 4 mm. w średnicy.

3. Nieco poniżej środka odstępu między spojeniem łonowem a wyrostkiem mieczykowatym znachodzi się sznur pępowinowy, 15 ctm. długi, dość soczysty, o powierzchni gładkiej, świecącej, o nierównym i strzępiastym końcu obwodowym, o złączonym ściśle z pierścieniem pępkowym końcu brzusznym. Sznur pępowinowy nie jest nigdzie podwiązany.

4. Części płciowe zewnętrzne dokładnie wykształcone, we worku mosznowym jądra wyczuwalne.

5. Na ciele znachodzi się jeden ślad obrażenia, mianowicie na prawym guzie czołowym siniec wielkości korony, w którego głębi tkanka krwią podbiegnięta.

B. Oględziny wewnętrzne.

6. Po oddzieleniu powłok czaszkowych okazuje się prawa połowa sklepienia czaszki prawie jednostajnie, lewa zaś, miejscami zwłaszcza w części tyłogłowiowej, powleczona skrzepłą, ciemną krwią. W skrzepach, pokrywających prawy bok sklepienia czaszki, tuż ponad uchem, znachodzą się białawo szare strzępy istoty mózgowej, dobywające się z nieregularnego otworu w tej części sklepienia czaszki, biegnącego niemal prostolinijnie od szczytu czaszki przez kość ciemieniową i skroniową do wyrostka sutkowego. Tuż przed wyrostkiem sutkowym otwór ten rozszerza się wskutek odłamania kawałka ściany kostnej. W całości zaś przedstawia ten otwór szczelinę około 2 mm. szeroką. Oczaszna pęknięta ponad ową szczeliną w kierunku i rozległości równych samej kostnej szczelinie, przy brzegach zaś szczeliny jest ona od kości oddzielona. Po odjęciu sklepienia czaszki okazuje się nadto złamana, w środku swej szerokości, kość czołowa prawa i lewa w kierunku strzałkowym, i kość ciemieniowa lewa równolegle z szwem wargowym. Ciemie przednie otwarte, liczące 2 ctm. w przekątni. Opona twarda, gładka i cienka, podobnie i opony miękkie, które na zewnętrznej

powierzchni są powleczone w całości t. j. tak na wypukłości jak i podstawie mózgu krwią ciemną, wiotko skrzepłą; nadto opona twarda okazuje się przedartą w miejscu odpowiadającem wyżej opisanemu otworowi w sklepieniu czaszki, ponad prawym wyrostkiem sutkowym. Mózg prawidłowo rozwinięty, zbitości właściwej mózgowi dziecięcemu, okazuje w okolicy prawego płatu ciemieniowego, na przestrzeni wielkości korony, tkankę mózgową zmiażdżoną i licznemi drobnemi wynaczynionkami opatrzoną. Zatoki żylne, tak podłużne jak i poprzeczne, zawierają krew ciemną, płynną. Po oddzieleniu opony twardej od podstawy czaszki okazuje się pęknięta kość czołowa prawa, wzdłuż stropu oczodołu skośnie od zewnątrz ku wewnątrz, oraz kość potyliczna podłużnie od góry ku dołowi.

7. Przy ucisku lekkim na klatkę piersiową wydobywa się z jamy ustnej żółto brunatna treść gnojówkowa.

8. Krtań i tchawica *in situ* otwarte, szczelnie zapełnione taką samą treścią.

9. Przepona sięga po stronie prawej do górnego brzegu 4-go żebra, po lewej do dolnego brzegu tegoż żebra.

10. Płuca wypełniają dokładnie jamę klatki piersiowej; na powierzchni blado różowe, jednostajnie powietrzem rozdęte; opłucna ich gładka z nader licznemi, świeżemi, jasnoczerwonemi wynaczynionkami podopłucnowemi, wielkości drobnych ziarn maku; na rozkroju płuca o powierzchni gładkiej, równej, jednostajnie bladoróżowej, jednostajnie miernie obfitujące w krew; za uciskiem wydobywają się z drobnych oskrzeli liczne czopki treści kanałowej.

11. Oba płuca, wraz z języczkiem, gardzielem, krtanią, tchawicą i sercem, rzucone na wodę, pływają. Każde płuco z osobna, toż samo poszczególne płaty płuc, wreszcie kawałeczki, na jakie płuca zostają rozcięte, rzucone na wodę, również pływają.

12. Pod osierdziem ściennem u podstawy serca kilka drobnych świeżych wynaczynionek. Serce, w obu komórkach próżne, nie okazuje żadnych zmian. W wielkich naczyniach, zwłaszcza żylnych, znajduje się krew ciemna, płynna.

13. Krtań, tchawica i grube oskrzela wypełnione w całości treścią kloaczną.

14. Śledziona prawidłowej wielkości bez zmian, w krew miernie zasobna.

15. Wątroba wielkości prawidłowej, w krew średnio zasobna bez zmian.

16. Żołądek, wraz z górną częścią jelita cienkiego, mianowicie dwunastnicą, rzucony na wodę, pływa. Reszta jelita cienkiego skurczona, rzucona na wodę, tonie.

17. Żołądek zawiera nieco śluzowej ciągnącej się treści; zresztą tak gardziel, jak żołądek i jelita nie okazują żadnych zmian; jelito grube w całości wypełnione treścią gęstą, lepką, ciemno zielono zabarwioną.

18. Obie nerki budowy zrazikowej, wielkości prawidłowej, w krew ubogie, bez zmian. Moczowody drożne, pęcherz moczowy próżny, skurczony.

19. Kości tułowia i kończyn — nieuszkodzone.

Na podstawie powyższego wyniku sekcyi wydano następującej treści

Orzeczenie.

1) Dziecię sekcyonowane było noworodkiem, czego dowodzi obecność pępowiny i smołki w jelicie; z rozwoju zaś i wymiarów całego ciała, jak również z obecności jądra kostnego w dolnej nasadzie kości udowej wynika, iż dziecię to było noworodkiem donoszonym i zdolnym do życia pozałonowego.

2) Dziecię urodziło się żywe, czego dowodzi przedewszystkiem dodatni wynik próby płucnej i żołądkowo jelitowej.

3) Okoliczność, iż obok żołądka tylko mały odcinek górnej części jelita cienkiego (dwunastnica) zawierał w sobie powietrze, dowodzi, iż dziecię to żyło tylko krótki czas po urodzeniu.

4) Przyczyną śmierci dziecka stało się uduszenie, przez aspiracyę do najdrobniejszych oskrzelków, treści kloacznej, tej samej, którą zwłoki w całości były powalane i w której wedle doniesienia zwłoki te znaleziono.

5) Obrażenie, stwierdzone na czaszce w postaci wielokrotnego złamania kości czaszkowych i częściowego uszkodzenia mózgu, powstało za życia, czego dowodzi obecność rozległego wynaczynienia krwi w okolicy uszkodzeń. Obrażenie to samo przez się sprowadziłoby śmierć dziecka, gdyby przedtem nie nastąpiła śmierć z uduszenia w treści kloacznej.

6) Obrażenie to powstało przez uderzenie ze znaczną siłą główki dziecka o przedmiot twardy i to, sądząc z braku uszkodzeń samej skóry czaszki, o przedmiot płaski, n. p. podłogę, ścianę i t. p. Mogło więc ono powstać albo przez upadnięcie dziecka główką na dół, z pewnej znaczniejszej wysokości, na podstawę twardą płaską, lub też przez czynne uderzenie główką dziecka o podobnąż podstawę.

7) W każdym razie dziecię żywe dostało się do kloaki; to jednak nie wyklucza możliwości, iż przedtem odniosło owe obrażenie czaszki, gdyż, jak doświadczenie lekarskie poucza, noworodki nawet po bardzo znacznych obrażeniach czaszki i mózgu, bo po zupełnem wymóżdżeniu, mogą żyć jeszcze pewien czas.

8) Z drugiej jednak strony nic nie przemawia przeciw temu, iż obrażenie to powstało w samej kloace przez uderzenie główką dziecka o dno kloaki. Zbadanie miejsca rzecz tę do pewnego stopnia mogłoby wyjaśnić.

Władze policyjne wyśledziły niebawem matkę dziecięcia w osobie Ludwiki S., pokojowej, stanu wolnego, lat 24 liczącej; zastano ją rano tego samego dnia, w którym znaleziono zwłoki dziecka, leżącą w łóżku i skarżącą się tylko na ból głowy. Zagadnięta, wypierała się z początku, jakoby odbyła ubiegłej nocy poród, później jednak przestała temu zaprzeczać, gdy w łóżku jej znaleziono owinięte w ręcznik łożysko. Przewieziona do szpitala św. Łazarza na oddział położniczy, przebywała tam przez dwa tygodnie, poczem, na wniosek Prokuratoryi Państwa, odstawiono ją, jako oskarżoną o zbrodnię dzieciobójstwa, do więzienia śledczego. Przy przesłuchaniu podaje, iż rodziła poraz drugi; pierwsze jej dziecko ma już trzy lata, żyje, i ona sama łoży na jego utrzymanie.

Obecnie, choć wiedziała, że jest w ciąży, nie spodziewała się tak prędkiego porodu, obliczając czas ciąży dopiero na 5 miesięcy. Nie wiedziała zupełnie, iż odbywa poród; wieczorem położyła się spać jak zwykle i dopiero koło północy obudziła się z silnem parciem na stolec, udała się więc do wychodka i tam z niej coś „chlusło“, lecz co, tego nie wiedziała; w wychodku przebywała około 5 minut. Potem położyła się spać, czuła się jednak osłabioną i miała szum w uszach; rano dopiero miała się dowiedzieć od strażników policyjnych, iż tej nocy urodziła dziecię.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

III. Uduszenie gwałtowne czy utopienie? Morderstwo, samobójstwo czy wypadek?

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Epikryza.

Jeżeli pozwoliłem sobie ogłosić powyższy przypadek, łatwy do oceny i nie budzący niezwykłego zainteresowania dla względnej swej częstości, to uczyniłem to z tego powodu, iż przypadek ten nastręcza sposobność równoczesnego dowiedzenia ważności studyum medycyny sądowej tak dla lekarza, jak i sędziego. Naukowy zatarg między rzeczoznawcami powyższej sprawy a prokuratorem, w treści swej nieraz bardzo humorystyczny, dowodzi jasno, jak dalece jeszcze jest obcą znajomość medycyny sądowej u zawodowych sędziów i t. d., a niestety i u lekarzy, pełniących odpowiedzialne obowiązki znawcy.

Jak już zaznaczyłem, nie budzi przypadek powyższy większego zainteresowania a to choćby już z tego powodu, że znaczne przeobrażenie gnilne zwłok uniemożliwiło dochodzenia za jakiemikolwiek zmianami anatomicznemi w ustroju denatki. Opis tego gnilnego przeobrażenia zwłok w protokole sekcyi jest tak dokładny, a zarazem i dosadny, że już z tego powodu wydaje się conajmniej dziwnem, iż znawcy, rozpoznawszy rozkład gnilny zwłok, kusili się jeszcze o rozpoznawanie anatomicznych zmian, powstałych w narządach denatki wrzekomo za życia. I tak, podając w opisie tchawicy sino-zielone zabarwienie jej błony śluzowej, odnoszą je „najniezawodniej" do zastoju żylnego, przekrwienia biernego, tak, jakgdyby zastój żylny wywoływał istotnie w tkankach zielone zabarwienie. Pisząc o sercu, mówią, że jest stłuszczone, bo mięsień serca był wiotkim, żółto-zielonawo zabarwionym, i dawał się łatwo rozgniatać, a podobnie rozpoznają i w wątrobie zwyrodnienie tłuszczowe na podstawie żółtego zabarwienia i kruchości jej miąższu, pozostawiającego na nożu, przekrawającym go, tłustą smugę. Wszakżeż tak daleko posunięte gnicie, objawiające się w tych narządach, zwłaszcza zaś zielonem zabarwieniem w sercu (charakterystycznem wyłącznie dla gnicia), tłómaczyło dostatecznie i kruchość i rozpad wrzekomo tłuszczowy ich miąższu, boć wiadomem jest, dzięki badaniom Heidenhaina, Rindfleischa, Klebsa, Hofmanna[1]) że wszystkie niemal tkanki, zwłaszcza zaś tkanka mięsna, oraz tkanka narządów miąższowych, jak wątroby i t. d., ulega wskutek gnicia, zatem po śmierci, przeobrażeniom wstecznym, podobnym nawet z mikroskopowego obrazu do tak zwanego ćmego i tłuszczowego zwyrodnienia, powstających za życia. Zatem, w obec stwierdzonego w zwłokach tak znacznego rozkładu gnilnego, należało odnieść owe wrzekome zwyrodnienia tłuszczowe mięśnia sercowego i wątroby do samego gnicia; gdyż, gdyby nawet zmiany te były powstały za życia, to wobec stwierdzonego rozkładu gnilnego zwłok, niemożliwem było ich rozpoznawanie. Znawcy, rozpoznając stanowczo i pewnie stłuszczenie serca i wątroby, powstałe za życia, mimo znacznej zgnilizny, dokonali rozpoznania, niemożebnego dla najbieglejszego anatoma; dlatego chyba wyrazili się w końcowym ustępie swego dodatkowego orzeczenia, „że wynik sekcyi na trupie tak zgniłym był aż nadto zadawalniającym".

Orzeczenie Wydziału lekarskiego różni się tem od orzeczenia pierwszych znawców, że przyjmuje ono za przyczynę śmierci utopienie, podczas gdy rzeczoznawcy oświadczyli się za gwałtownem uduszeniem, jako przyczyną śmierci. Ich zdaniem dostała się Ewa S. do stawu już po śmierci, t. j. po uduszeniu, podjętem w zbrodniczy sposób, przyczem morderca owinął jej szyję łańcuchem, w którego pętli (zresztą oględzinami nie stwierdzonej, zatem tylko na domyśle opartej), był umocowany kamień (również tylko przypuszczanie), w celu utrzymania zwłok w głębi stawu.

Podstawę dla wykluczenia śmierci z utopienia znaleźli znawcy w wyniku sekcyi szyi, dróg oddechowych, płuc i żołądka; narządy te bowiem nie zawierały żadnej cieczy, przedewszystkiem wody ze stawu, z którego wyłowiono zwłoki denatki.

Wiadomem jest oddawna, że drogi oddechowe, płuca, żołądek, a nawet górna część jelita cienkiego utopionych, zawierają płyn, w którym oni utonęli. Do płuc wnika płyn pogrążny, w myśl doświadczeń Brouardela i Loye[2]) głównie w okresie trzecim, t. j, w czasie końcowych, czynnych wdechów; do żołądka zaś dostaje się woda przez odruchowe ruchy połykowe w pierwszych chwilach okresu duszności. Ilość wnikającego płynu bywa różna. Ilość ta, dostająca się do płuc, zależy przedewszystkiem od jakości płynu, i tak n. p. woda wnika łatwiej i obficiej, niż gęsta treść, n. p. gnojówki; dalej zależy ilość ta od stanu dróg oddechowych: jeśli bowiem one są przytkane wydzieliną, np. u dzieci, to płyn, zwłaszcza gęsty, nie zdoła głębiej, a tem samem i obficiej, do płuc wniknąć. Również zmienną bywa ilość płynu, wnikającego do żołądka, bo jak się wyraża Brouardel[3]) nie każdy topiący się wodę połyka.

Płuca utopionych przedstawiają obraz podobny do obrzęku, t. j. okazują się mniej lub więcej powiększone, nie zapadają się przy otwarciu klatki piersiowej, są przy dotyku pulchne, i zalewają się na rozkroju obfitą cieczą pienistą. Jak wiadomo, tłómaczono sobie w rozmaity sposób powstawanie tych zmian w płucach, a dopiero doświadczenia Arnolda Paltaufa[4]), Brouardela i Viberta[5]), stwierdziły istotną ich przyczynę we wnikaniu płynu pograżnego w tkankę śródmiąższową (interstycyalną). Obraz ten obejmuje Brouardel mianem *emphysema aquosum*. Jakkolwiek obraz ten spotyka się nadto często w płucach utopionych, to jednak, o czem i nasze, dość w tym względzie rozległe doświadczenie poucza, nie bywa on stałym, a nierzadko przedstawiają się płuca nawet w stanie całkiem prawidłowym.

Płyn pogrążny wnika do dróg oddechowych i pokarmowych nie tylko za życia, t. j. jeżeli człowiek za życia

---

[1]) Die forensisch wichtigsten Leichenerscheinungen von Hofmann. Viertjschr. f ger. Med. Bd. 2) Z. 2.

[2]) Cours de médecine légale. La pendaison itd. par Brouardel. Paris 1897. Str. 423.

[3]) Jak 2) str. 480.

[4]) Über den Tod durch Ertrinken. Wien. Leipzig 1888.

[5]) Jak pod 2) str. 476.

w nim tonie, lecz wnika on także do tych narządów, jeżli człowiek po śmierci ulega zanurzeniu. Przekonały o tem dowodnie doświadczenia Limana, Hofmanna[6]) i innych; a w ostatnich czasach wykazały doświadczenia Haberdy[7]), że nawet treść gnojówkowa kanałów może wniknąć aż w najdrobniejsze rozgałęzienia oskrzeli zwłok noworodków, w niej zanurzonych.

Przypuściwszy zatem, że Ewę S. wrzucono już po śmierci do stawu, to i wówczas powinnyby jej narządy oddechowe oraz żołądek zawierać wodę. Jeżeli zaś narządy te, wody nie zawierały i były suche, to stan ten tłómaczy dostatecznie znaczne przeobrażenie gnilne zwłok denatki. Wiadomem jest bowiem, że gromadzące się w jamie brzusznej gazy gnilne wypierają z żołądka treść na zewnątrz drogą przełyku, że w skutek gnilnej imbibicyi i przesiąkania, płyn zawarty w płucach przepaca się ze surowicą krwi na zewnątrz, w pierwszym rzędzie do worków opłucnowych, że zatem płuca utopionego, które w czasie, zanim się jeszcze gnicie rozpoczęło, zawierały płyn pogrążny, z chwilą postępu przeobrażenia gnilnego stają się coraz mniej zasobne w części płynne, wreszcie stają się nawet tak suche, jak to w zwłokach Ewy S. stwierdzili znawcy.

Odwieczną jest prawdą, że jeden błąd pociąga za sobą dalszy ich szereg. To też i znawcy, wykluczywszy raz na błędnych podstawach przypuszczenie śmierci z utopienia, popadli w dalszy szereg omyłek, jak rozpoznanie śmierci z gwałtownego uduszenia, nie określonego bliżej co do sposobu jego wywołania, oraz fantazyjne domysły z łańcuchem, pętlą jego i kamieniem.

Ten zasadniczy błąd znawców był powodem zbytecznych i częściowo, co do treści, mylnych pytań Prokuratoryi Państwa i błędnych odpowiedzi na nie.

Przechodząc pokrótce do omówienia pytań, zadanych przez Prokuratoryę, uderza w nich, już na pierwszy rzut oka dostrzegalny, brak u autora znajomości zasadniczych pojęć z medycyny sądowej. I tak, pytanie pierwsze, niestety dość często przez sędziów zadawane, jest na wskróś błędne, gdyż uduszenie nie jest czynnością, lecz stanem wywołanym przez czynność duszenia. Odpowiedź zaś lekarzy na to pytanie jest niewłaściwą, lub też z rozmysłu, zatem ironicznie, w ten sposób, ułożoną. Dalsze dwa pytania, pozbawione również naukowej podstawy, spotkały się z takiemi odpowiedziami, na które nie można się w zupełności zgodzić, a to co do odpowiedzi na drugie pytanie o tyle, o ile, jak to już wspomnieliśmy, nie zawsze się daje spotkać obraz *emphysema aquosum* w płucach utopionych, a już nigdy, jeśli ich zwłoki są zgnilizną dotknięte; zaś co do odpowiedzi na trzecie pytanie o tyle, o ile płuca osób dorosłych, nie wskutek gromadzenia się barwika, lecz pyłu węglowego i t. d., zmieniają swą barwę naturalną na czarną, szarą i in. Odpowiedź na pytanie piąte nie była właściwą, ponieważ, jak doświadczenie uczy, nie zawsze ulega język wklinowaniu między zęby w przypadkach nawet powieszenia, a w danym przypadku wysterczanie języka z jamy ustnej i zaklinowanie jego między zębami, było wytłómaczone działaniem gnicia. Pytanie szóste jest ze wszystkich najbłędniejsze: autor jego bowiem twierdząc, że zwłoki uduszonego muszą się na powierzchni „wody unosić, wyobraża sobie jedynie tę możliwość, że człowiek ulega uduszeniu po głębokim wdechu, skutkiem którego (chyba na sposób pęcherza wydętego powietrzem) musi po wodzie pływać.

Pomijając w końcu rażącą nieumiejętność, jaka wynika z tych pytań, uderza uwaga dopisana przy wstępie protokółu sekcyjnego, a ujęta w dwa słowa „bez znaczenia“. To też pod tym względem musimy się w zupełności zgodzić z odpowiedzią znawców na tę uwagę, a to tem bardziej, że wiadomo nam z własnego doświadczenia, jak małą niejednokrotnie wagę przywiązuje się do szybkiego i dokładnego stwierdzenia okoliczności, towarzyszących czynowi, względnie przypadkowi, okoliczności, które dla wyjaśnienia istoty czynu posiadają nadto często pierwszorzędne znaczenie. Dowodów w tym względzie dostarczą nam przypadki, które w dalszym ciągu powyższej seryi orzeczeń będziemy mieli sposobność ogłosić.

[6]) Lehrb. der ger. Med. von Hofmann. VIII. Aufl. 1898. str. 554.
[7]) Congrés intern. de Moscou. Arch. d'anthrop. crim. 1897. Nr. 72. Pag. 684.

III. Dalsze badania nad czynnością nerek

napisał

Prof. Dr. W. Sobierański.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Wspomniałem już wyżej, że wszystkie moje doświadczenia przeprowadziłem wyłącznie pod wpływem działania środków moczopędnych. Tutaj muszę tylko wspomnieć o podziale właściwych środków moczopędnych, jaki w mej dawniejszej pracy podałem. Środki te podzieliłem na trzy gromady: Do pierwszej zaliczyłem kofeinę i jej pochodne, które zmniejszają przeważnie czynności chłonnicze kanalików krętych, wywołując w ten sposób diurezę. Druga gromada obejmuje sole (chlorek sodowy, azotan sodowy itd.), które podnoszą głównie filtracyę i osmozę w kłębuszkach, a do trzeciej gromady zaliczyłem mocznik i pokrewne mu ciała, które zajmują miejsce pośrednie pomiędzy temi dwoma gromadami.

Diureza solna.

Doświadczenia moje rozpocząłem z drugą gromadą, solami, gdyż te już z teoretycznego stanowiska najwięcej mnie obiecywały. Jak wiadomo, sole posiadają własności odciągające wodę, odbierają je tkankom, czyli czynią narządy nasze uboższymi w wodę. W taki sam sposób powinny więc działać i na nabłonki kanalików krętych; a jeżeli rozmaite wejrzenie nabłonków jest objawem pęcznienia, to sole odciągając im wodę, powinny ten stan znosić. I rzeczywiście, to teoretyczne rozumowanie mnie nie zawiodło. Przedewszystkiem spostrzegłem, że komórki nabłonków kanalików krętych były nizkie, przez co światło samych kanalików wydawało się większe, oprócz tego okrągłe. Najbardziej jednak charakterystyczną cechą dla diurezy solnej było wystąpienie obwódki szczoteczkowatej na wszystkich nabłonkach kanalików krętych. Ostatnie zjawisko wystąpiło tak typowo i pięknie, że nie mogłem ani na chwilę powątpiewać, iż jest ono związane z diurezą solną. A wreszcie, idąc dalej,

musiałem się przekonać, że ukazywanie się tej obwódki jest następstwem odciągania wody przez sole.



Jeżeli więc zawartość soli we krwi, względnie w moczu, zaczyna się zmniejszać, (co następuje wtenczas, gdy diureza solna zaczyna znikać), to natychmiast przybłonki zaczynają przybierać rozmaite kształty, czyli pęcznieć, a wtenczas i obwódka szczoteczkowata znika. Przy tych doświadczeniach z solami (mam tu na myśli *natrium chloratum*, albo *natrium nitricum*) zwiększała się zawsze ilość mocznika wraz ze wzmnożonym wydzielaniem się moczu; nigdy jednak ilość mocznika nie była proporcyonalną do ilości wydzielającej się cieczy.

Tak więc diureza solna jest, według mego zdania walka pomiędzy własnościami resorbcyjnemi nabłonków kanalików krętych a własnościami soli odciągającemi wodę; cały więc efekt zależy od tego, który z tych czynników zyskuje przewagę.

Diureza kofeinowa.

Postępowanie przy doświadczeniach nad diureza kofeinową było takie same, jak i przy solach, t. j. zabijałem zwierzę na szczycie możliwie największej diurezy, a nerkę ustalałem w płynie wyżej podanym.

Obraz mikroskopowy, jaki tutaj otrzymałem, już z samych teoretycznych względów musiał być odmiennym od tego, który spostrzegano przy stósowaniu soli. Sole wywołują wyżej opisane zmiany wskutek swoich własności odciągających wodę; przy kofeinie zas, jak to już w dawniejszej pracy ugruntowałem, mowy o tem być nie może. Tu bowiem występuje swoisty wpływ tego środka na kanaliki kręte, które, pod działaniem kofeiny utracają, lub co najmniej osłabiają swe zdolności resorbcyjne. Diureza przeto kofeinowa wtedy tylko się ukazuje, gdy w ustroju znajduje się dostateczna ilość wody i soli. Obrazy przeto, otrzymane zapomocą tego środka moczopędnego, będą już z samej natury rzeczy zależne nie tylko od kofeiny, ale także od ilości soli, którą ustrój w danej chwili ma do rozporządzenia. Z tego też powodu przybłonki, zostające pod wpływem tak kofeiny jak i soli, nie mogą przedstawiać tej jednolitości w zachowaniu się nabłonków kanalików krętych, jaką widzieliśmy przy diurezie wyłącznie solnej. Rzeczywiście spotykamy się tutaj, podobnie jak i w prawidłowej nerce, z rozmaicie wyglądającymi przybłonkami w kanalikach krętych. I tak, jedne z nich znajdowałem w stanie napęcznienia, bez obwódki szczoteczkowatej i z niewyraźnie zaznaczonemi granicami komórkowemi; inne posiadały mniej lub więcej rozwiniętą obwódkę szczoteczkowatą, inne znów okazywały stany pośrednie. Jedno mogłem tylko zauważyć i to tylko przy silnej diurezie kofeinowej, mianowicie pewne rozszerzenie światła kanalików moczowych, co po części da się wytłómaczyć wpływami mechanicznymi.

Z powyższego przedstawienia widzimy, że obrazy te żywo przypominają stosunki, jakie w prawidłowej nerce spotykamy; a zatem doszedłem do wniosku, że kofeina wprowadza nabłonki kanalików krętych w pewien stan odrętwienia, utrzymuje, co do ich kształtu, pewien „status quo ante“, lecz zarazem pozbawia własności resorbcyjnych i to jest powodem wzmożonej diurezy.

Przybłonki te, znajdujące się pod działaniem kofeiny, mogą jednak oddziaływać na sole, gdyż kofeina z nich szybko zostaje wypłókiwaną. Ten fakt ma dużą terapeutyczną doniosłość, o której na innem miejscu obszerniej powiem. Jeżeli przeto wstrzykniemy zwierzęciu, okazującemu diurezę kofeinową, roczyn soli kuchennej lub azotanu sodowego, to zobaczymy znów, że wszystkie przybłonki kanalików krętych zostaną uzbrojone w obwódkę szczoteczkowatą.

Diureza mocznikowa.

Przechodzę z kolei do mocznika i zaznaczam, jak to już dawniej wykazałem, że mocznik zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy wyżej wymienionemi gromadami.

Wstrzykując więc małe ilości rozczynu mocznika, otrzymujemy obrazy, przypominające diurezę kofeinową, podczas gdy większe ilości wywołują obrazy podobne do tych, jakie spotykaliśmy przy solach; a więc i tu mamy typowo wykształconą obwódkę szczoteczkowatą. Mocznik przeto zmniejsza resorbcyjne własności kanalików krętych, a w większych ilościach działa nadto zupełnie podobnie do soli, t. j. odciąga nabłonkom wodę i znosi ich napęcznienie, jest zatem idealnym środkiem moczopędnym.

Jednakowoż obie te własności mocznika są słabszemi w porównaniu z jednej strony z kofeiną, a z drugiej z solami.

Zbliżając się ku końcowi, pragnę jeszcze dodać kilka ogólnych uwag o czynności nerek. Uwzględniając obecnie przytoczone fakty, jak i dawniej już podane, musimy przyjść do przekonania, że teorya Bowman-Heidenhaina jest zupełnie błędnie ugruntowaną. Już sam bowiem mechaniczny czynnik, jak obecność takich szczoteczek, które przedstawiają pewien rodzaj naczyń włoskowatych, ułatwiających wchłanianie, przeczy temu, aby nabłonki te były głównie wydzielniczymi. Z tego też prawdopodobnie względu spotykamy obwódki podobne w narządach, posiadających przeważnie zdolności resorbcyjne, n. p. w jelicie.

Co się tyczy pracy Sauera, o której wyżej wspomniałem, to widzimy, że jest ona źle uzasadnioną: Mianowicie, autor ten twierdzi, że nabłonek kanalików krętych jest zawsze pokryty obwódką szczoteczkowatą i że brak jej uważa za wytwór sztuczny. Te twierdzenia pozbawione są podstawy, gdyż w prawidłowej nerce często nie znajdujemy tej obwódki tak samo, jak przy kofeinowej diurezie, pomimo zastósowania tych samych płynów, które dobrze ustalają obwódkę.

Wreszcie pozostaje mi do omówienia jeszcze jeden fakt, który długi przeciąg czasu zaprzątał moją uwagę, a mianowicie, dlaczego w jednej i tej samej nerce napotykamy tak rozmaite wejrzenie nabłonka kanalików krętych? I tak, gdy w jednych kanalikach można znaleźć nabłonki całkowicie napęczniałe, w innych czasami występuje wyraźna obwódka

szczoteczkowata. Objaw ten, mojem zdaniem, daje się bardzo łatwo wytłómaczyć, jeżeli się tylko uwzględni budowę anatomiczną nerki.

Badając bliżej nerkę, możemy doskonale zauważyć, że nie wszystkie kłębki znajdują się pod jednakowem parciem krwi, albowiem, gdy jedne z nich są osadzone na grubych naczyniach, to inne łączą się z pniem głównym za pośrednictwem długich i cienkich naczyń krwionośnych. Również ważną jest rzeczą, na którą zwrócił uwagę D r a s c h[11]) w swoich badaniach, że nie wszystkie kłębki posiadają jednakową budowę. Autor ten wykonał dwa odmienne wzory kłębków Malpigiusza, różniących się od siebie bądź to samą osłonką przybłonkową, bądź to wielkością samych kłębków, dalej, — umieszczeniem w nich naczyń, budową ścian naczyniowych, a nadto i topograficznem swem ułożeniem w nerce.

Wszystkie te czynniki dowodzą, że kłębuszki mogą w jednej i tej samej nerce w pewnych warunkach nie jednakowo funkcyonować, co również znajduje potwierdzenie doświadczalne. Mianowicie, jeżeli królikowi lub psu wstrzykniemy do żyły szyjnej niewielką ilość indygo-karminu (dajmy na to 5—10 ctm.), to znajdujemy pewną część nabłonków kanalików krętych na niebiesko zabarwionych, natomiast inne są bardzo mało, lub zupełnie niezabarwione; dowodzi to, że barwik tylko przez niektóre kłębuszki w większej ilości wydzielonym został. A dla tych także przyczyn łatwo jest pojąć, dlaczego niekiedy w patologicznych stanach nerki zajęcie kanalików krętych nie jest w całej nerce jednakowe.

Obecnie więc zdobyte fakta, jak i poprzednio ogłoszone, przemawiają zatem, że c z y n n o ś ć p r z y b ł o n k ó w k a n a l i k ó w k r ę t y c h j e s t g ł ó w n i e c h ł o n n i c z ą.

Lwów, w grudniu 1897 r.

Zakład farmakologiczny.

IV. O szóstym zmyśle.

Podał

Dr. Józef Zanietowski.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego, dnia 30 czerwca 1897 r.

(Ciąg dalszy).

Niepodobna, jak to już zaznaczyłem, wyliczać tu wszystkich przypuszczeń i hipotez; z chaotycznego szeregu przeróżnych teoryj wybrałem tylko te, które mają najwięcej zwolenników i starałem się je zestawić w sposób łatwy do zapamiętania, porządkując szczegóły według tego, z jakiemi siłami mamy do czynienia we wszechświecie. Po za wyliczonymi powyżej tytułami, jakie przypadły w udziale narządowi słuchowemu zwierząt niższych, lub części tego narządu u zwierząt wyższych, t. j. tytułami: „z m y s ł u o d c z u w a j ą c e g o z m i a n y p o ł o ż e n i a“, „z m y s ł u o d c z u w a j ą c e g o r u c h o b r o t o w y“ i „z m y s ł u o d c z u w a j ą c e g o p r z y ś p i e s z e n i e lub z w o l n i e n i e r u c h u“ — mnóstwo innych jeszcze wyliczyćby można. — Wystarczy może, jeśli dla przykładu przytoczę doświadczenia nad wpływem labiryntu na dynamogenię, na odruchy, na działalność mięśni okoruchowych, na napięcie (tonus) mięśni, a prace: L e e a, V l a s s a l l a, B o n n i e r a i E w a l d a, mogą dostarczyć ciekawych pod tym względem szczegółów.

Z umysłu wreszcie nie podkreślam przypuszczenia o istnieniu specyficznego zmysłu „c z u c i a m i ę ś n i o w e g o“; pozwalającego nam sądzić o stopniu skurczu naszych mięśni, gdyż większość fizyologów jest chyba nadto przekonaną o różnorodności czynności obwodowych, których całokształt dopiero wytworzyć może wyobrażenie zmiany położenia mięśni. „Ce n'était plus uniquement le muscle“, powiada w tym względzie C h e r c h e w s k i, „qui nous donnait la notion de nos attitudes et de leurs variations, c'est à dire de nos mouvements; c'était au même titre que lui et dans beaucoup de circonstances plus que lui, l'articulation en tant que système sensitif autonome, c'étaient les leviers osseux, aponevroses, ligaments, tendons, etc... qui concouraient par leurs sensibilités différentes et respectives á parfaire une sensation complète, combinée et secondaire, les synthétisant dans une perception réelle et consciente, perception des attitudes et de variation d'attitudes“.

Wszystkie te hipotezy wysnute zostały ze spostrzeżeń, dokonanych z jednej strony na prawidłowych zwierzętach i ludziach, a z drugiej na zwierzętach, pozbawionych sztucznie labiryntu, lub ludziach cierpiących na zaburzenia słuchowe. Z jednej więc strony spotykamy się w pracach autorów z gołębiami, które nie reagowały na ruch obrotowy po wycięciu labiryntu, z psami, tracącymi w podobnych warunkach wszelką równowagę, z papugami i kawkami, u których, po zniszczeniu kanałów półkręgowych, nie można było wywołać znanego odruchu skręcenia głowy od katody do anody, podczas galwanizowania poprzecznego przez labirynt itp. itp. Z drugiej zaś strony podobne zaburzenia ujawniają się i zostają opisane u ludzi cierpiących na *ictus labirynti*, *haemorhagia vestibuli* i inne cierpienia ucha wewnętrznego. Wprawdzie pojawia się gdzieniegdzie kilka prac napisanych w przeciwnym duchu, których autorowie przypisują obserwowane zaburzenia nadwerężeniu nerwu lub części mózgu przez operacye doświadczalne, lub sprawy chorobowe; jednakowoż większość teoretyków i praktyków, idąc ręka w rękę, nawiązują coraz bardziej nić genetycznego związku, istniejącego między obserwowanemi zboczeniami a przypuszczalnem istnieniem specyficznego zmysłu. Wyrazem tego są słynne prace H i l l a r e t a, pomnikowe dzieło B o n n i e r a: „l'O r e i l l e“, wreszcie utarte klinicznie pojęcie choroby M e n i è r a, nad objawami której, odpowiadającymi w zupełności wynikom fizyologicznych doświadczeń, tu chyba rozwodzić się nie trzeba. Z literatury rodzimej przytoczyć więcej nie mogę, jak chyba tylko dwie nowe rzeczy z bieżącego roku, a mianowicie tezę, bronioną przez C h e r c h e w s k i e g o z Brześcia Litewskiego przed Wydziałem lekarskim w Paryżu (25. lutego 1897), oraz artykulik profesora L a s k o w s k i e g o z Genewy, ogłoszony w jubileuszowym numerze „Nowin Lekarskich“ (1897, Nr. 2); w pierwszej rozprawie znajdujemy na kilku stronach wzmiankę o znaczeniu labiryntu, w drugiej zaś odnosi autor przyczynę choroby morskiej do „długotrwałego podrażnienia oddzielnego narządu zmysłu równowagi“.

[11]) O. D r a s c h: Ueber das Vorkommen zweierlei Gefassknauel in der Niere. (*Sitzb. d. k. Akad. der Wissensch.* Wien T. 76 Oddział III 1877).

III.

Omówiwszy pobieżnie doświadczenia, robione nad pęcherzykiem słuchowym zwierząt niższych i labiryntem zwierząt wyższych, oraz człowieka, przystępuję z kolei rzeczy do opisania tych doświadczeń, które po części widziałem naocznie, a które wykonane były na materyale Zakładu fizyologicznego w Wiedniu i Instytutu głuchoniemych. Rzucają one dość ciekawe światło na niektóre szczegóły omawianej przez nas sprawy, a szczególnie doświadczenia z magnesem mają to do siebie, że, jak zobaczymy poniżej, odpierają zarzut nadwerężenia tkanki nerwowej podczas wiwisekcyjnych operacyj. W doświadczeniach tych bowiem postarano się o to, aby nie wycinać labiryntu lub pęcherzyków, lecz aby wprowadzić w grę siłę działającą dodatnio wśród możliwie prawidłowych warunków. O tych doświadczeniach, rozpoczętych w Neapolu, a opisanych po raz pierwszy w rozprawach Akademii Umiejętności wiedeńskiej w roku 1893, słów parę nadmienię, trzymając się ram możliwie treściwych.

Wiadomo z Zoologii każdemu, że t. zw. słupkooki (podophtalma), należące do typu członkonogów, a gromady skorupiaków, po odbytem przeobrażeniu lenią się przynajmniej raz do roku, poczem, z powodu miękkiej nowej skóry kryją się przez pewien czas po norach; wiadomo również, że przy tych wylinach odnawiają się rozmaite części ciała, jako to: błony żołądkowe, pęcherzyki słuchowe itp. — Hensen po raz pierwszy spostrzegł w r. 1863, że dziesięcionogi, a mianowicie *Palaemon antennarius*, do tych świeżo powstałych pęcherzyków słuchowych, umieszczonych w członkach nasadowych rożków wewnętrznych, a mających kształt kulistych worków, które wolno komunikują na zewnątrz z otaczającą wodą, wsadza podczas tych wylin piasek, kamyczki i kryształy, jakie koło siebie napotyka. „Interesującą było dla mnie rzeczą", powiada ten badacz, „obserwować zapał, z jakim zwierzę, zapomocą swoich szczypcowatych odnóży, wkładało do słuchowych pęcherzyków ledwo dostrzegalne odrobiny kwasu moczowego, jaki nasypałem na dno naczynia w bardzo niewielkiej ilości; kryształy te podczas sekcyi zwierzęcia łatwo mogłem potem odnaleźć w pęcherzykach". Podobnie zupełnie w roku 1881 postąpił Mayer, pośród doświadczeń z delikatnym pyłem srebrnym na *Palaemon varians*, a w ostatnich czasach Kreidl, który w doświadczeniach z *Palaemon xiphos i squilla*, używał nadzwyczaj starannie oczyszczonych naczyń, przesączonej wody morskiej, i nasypanych na dno naczynia opiłek żelaznych. Doświadczenia te miały nietylko to znaczenie, iż obecność żelaznego pyłu na włoskach tylnej ściany pęcherzyków, i to wyłącznie tylko na tych włoskach, a nigdzie więcej, mogły służyć za „experimentum crucis" dla przypuszczeń Hensena; nadto stały się genezą myśli bardzo dowcipnej przeprowadzenia szeregu doświadczeń z pomocą magnesu.

Wysunę tu naprzód w opowiadaniu hipotezy, które powstały wśród tych badań, lub też były ich końcowym wynikiem, aby ominąć szereg matematycznych wyrachowań i długich rozumowań, opisanych w pracach Kreidla, których kolejne rozpatrywanie w tym porządku, jak je autor podał, zajęłoby nam za dużo czasu i miejsca.

Najgłówniejszą zasadą i myślą przewodnią doświadczeń Kreidla z magnesem było twierdzenie, że opiłki żelazne, wiszące, a raczej balansujące na włoskach pęcherzyków słuchowych, muszą ulegać wpływowi praw fizycznych, a więc także wpływowi przyciągającej siły magnesu. Otóż jeżeli otolity, czyli kamyczki słuchowe, są zwykłem zanieczyszczeniem pęcherzyków, to zwierzę, posiadające opisane sztuczne żelazne otolity, zbliży się do źródła tej siły, czyli w naszym przypadku, przypłynie ku magnesowi, lub ewentualnie zachowa się biernie. Jeżeli zaś zwierzę stale będzie przyjmowało pewne położenie nienaturalne, nieprawidłowe, stojące w pewnej ścisłej zależności od kierunku działania siły magnesowej, w takim razie kamyki słuchowe muszą służyć do jakiegoś subtelnego celu, a nienaturalność położenia ma swoją genezę w desoryentacyjnem działaniu siły magnesowej. Innemi słowy mówiąc: narząd otolitowy musielibyśmy uważać w tym ostatnim przypadku za specyalny, który wśród wyłącznych warunków niekorzystnych staje się przyczyną zaburzeń w zakresie równowagi. Postaram się jaknajkrócej wyjaśnić to na przykładzie.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę jeden kamyczek słuchowy, leżący na skośnie zagiętej górnej części włoska i wykreślimy sobie w myśli oś rzędnych i oś odcinków, to możemy łatwo sobie wyobrazić, iż kamyczek ten nie leżałby w tem położeniu, gdyby nie podlegał wpływowi działającej w całym wszechświecie siły ciążenia.

Siłę tę, której kierunek przedstawiać nam będzie linia, poprowadzona pionowo od środka ciężkości kamyczka ku dołowi, rozłożyć można według zasadniczych praw geometryi na dwie siły składowe, z których jedna będzie przyciskać kamyczek niejako ku powierzchni włoska, a druga ściągać go na bok. Pierwszą z tych sił osłabia nieco opór sztywnych włosków, tak, iż w prawidłowem położeniu zupełnie się z drugą równoważy. Jeżeli atoli pod wpływem jakiegoś czynnika zewnętrznego zwierzę zostanie nagle przechylone na bok prawy, to kamyczek ześliźnie się nieco ku prawej stronie, a delikatne zgięcie włoska w odpowiednim kierunku i poruszenie się endolimfy są bodźcem drażniącym odpowiednie zakończenia nerwowe. Do świadomości zwierzęcia dochodzi fakt, iż równowaga została naruszoną, a jeśli to jest mu niedogodne, wykonuje ruchy w kierunku przeciwnym, aby wrócić do pierwotnego położenia. Autorowie i zwolennicy tej hipotezy przyrównywują otolit do ciężaru, znajdującego się na końcu drąga linoskoka, który z najmniejszego zboczenia tego drąga wnioskuje o tem jak wielki ruch w kierunku przeciwnym ma wykonać, aby nie stracić równowagi. Jeżeli zatem, wracając do naszego doświadczenia z magnesem, zadziałamy na otolity żelazne za pomocą magnesu, przybliżonego ku głowie ze strony prawej, to siła przyciągająca zwiększa nieco siłę składową poziomą, dopiero co wspomnianą, a zwierzę z przesunięcia się otolitu w stronę prawą, wyciągnie wniosek, iż jakaś siła zmieniła jego prawidłowe, poziome położenie. Następstwem tego fałszywego wyobrażenia jest, że zwierzę, chcąc zachować równowagę, przechylać się będzie na stronę przeciwną tak długo, aż siły składowe, działające na otolit, znowu się zrównoważą i aż zwierzęciu zdezoryentowanemu zdawać się będzie, iż znajduje się w położeniu pierwotnem.

W rzeczywistości jednak zwierzę będzie leżało i pływało na boku lewym, jeśli zbliżymy magnes od strony prawej, na boku prawym, jeśli zbliżymy magnes od strony lewej, na brzuchu, jeśli zbliżymy magnes z góry itd. Regularność, z jaką te objawy wystąpiły w doświadczeniach wykonanych

przez Kreidla na kilkudziesięciu rakach, oraz pewna matematyczna systematyczność ruchów, obserwowana przez badaczy stacyi zoologicznej w Neapolu, każą przypuszczać, iż rzeczywiście narządy otolitowe służą do oceniania położenia. O ile bowiem doświadczenia, w których wycinano pęcherzyki słuchowe, lub pojedyńcze łuki labiryntu, spotkać się mogły z zarzutem, że podczas operacyi nadwerężono jakieś części nerwowego narządu środkowego, o tyle z drugiej strony doświadczenia, przeprowadzone na nienaruszonych zwierzętach przy pomocy siły magnetycznej, dezoryentującej je w pewnym kierunku dowolnym, rzucają ciekawe światło na zawiłą sprawę. Jeżeli jeszcze dodamy, że raki pozbawione wzroku, zupełnie podobnie się zachowują wobec magnesu, a raki bez otolitów żelaznych zupełnie na magnes nie reagują, to będziemy mogli zrozumieć, dlaczego, na mocy tych doświadczeń, Kreidl obstaje za wprowadzeniem do literatury w myśl Verworna wyrażeń statolit i statocysta zamiast otolitów i otocyst, wyrażeń, któreby nieco jaśniej określały przypuszczalną funkcyę labiryntu i jego części składowych. Nie nam tu przesądzać, czy ta propozycya się utrzyma, czy nie; w każdym razie doświadczenia z magnesem rzucają ciekawe światło na spostrzegane zjawiska i wykluczają wszelką możliwość powikłań, jakie zarzucono innym badaczom.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

Dunin: **O neurastenii peryodycznej. — neurastenia peryodyczna, kołowa i naprzemienna (neurasthenia periodica, circularis et alternans)** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 1—2). Autor tworzy nowe pojęcie chorobowe z nazwą neurastenii okresowej i poddziałami: a) neurastenii okresowej w ścisłem znaczeniu; b) n. kołowej i c) n. przemiennej. Podział ten wzoruje na podobnym podziale obłąkań. Okresową neurastenię: a) znamionuje kolejne występowanie okresu przygnębienia lub pobudzenia i okresu zupełnego zdrowia. Jednakowoż neurastenii okresowej z pobudzeniem, któraby odpowiadała obłędowi okresowemu, autor nigdy nie widział, choć Hoche (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete d. Nerven und Geisteskrankheiten 1897) przytacza przypadki, które tutaj zaliczyć się dadzą. Częściej zdarza się neurastenia okresowa z przygnębieniem. Neurastenia kołowa (b) polega na obrazie chorobowym, w którym, po okresie pobudzenia, nastaje okres przygnębienia. Jeżeli zaś między tymi okresami pobudzenia i przygnębienia istnieje krótki okres zupełnego zdrowia, to będzie trzecia postać neurastenii przemiennej (c).

Autor kładzie nacisk na wyróżnienie neurastenii okresowej od obłąkania okresowego, do którego może się czasem zbliżać, jednakowoż nigdy neurastenia okresowa nie przechodzi w obłąkanie. Przytacza dalej przypadki chorobowe, w liczbie pięciu, na poparcie swego nowego pojęcia i podziału neurastenii okresowej, przypadki nadzwyczaj zajmujące i wybitne. Jeden tylko przypadek (V) nie zdaje się być zupełnie czystym, albowiem dotyczy starca bardzo wiekowego (87 lat), u którego można przypuścić niedołęztwo starcze.

Neurastenia okresowa różni się od obłąkania okresowego mniej wybitnymi objawami, krótkiem trwaniem pojedyńczych okresów, zachowaniem świadomości i poczucia choroby, oraz przebiegu kolejnego okresów, także samemi znamionami okresu przygnębienia, który niekiedy nie przypomina wcale zadumy. Dalej zawsze da się odnaleźć, jako probierz neurastenii, tak zw. obłęd powątpiewania (folie du doute).

Co do rokowania w neurastenii okresowej, to niezawsze bywa ona nieuleczalną. I tak jeden przypadek, przytoczony przez autora, który powstał pod wpływem troski o byt rodziny własnej, zakończył się wyzdrowieniem po ustaniu tej troski. W innym znów przypadku ciężka choroba, zagrażająca życiu, usunęła neurastenię okresową. Okresy objawów chorobowych mogą trwać od kilku lub kilkunastu godzin do kilku miesięcy nawet. Zawsze jednak okres pobudzenia jest krótszy, niż okres przygnębienia.

Zmiana pobytu i warunków życia może złagodzić okres przygnębienia. Czasem okres choroby, przechodząc w okres zdrowia, równocześnie ze zmianą pobytu, naśladuje skutek leczniczy, choć to następuje samo przez się, na mocy kolejności objawów, która to kolejność stanowi główne, najważniejsze znamię neurastenii okresowej, stojącej na samej granicy pomiędzy nerwicą a psychozą, należąc przecież jeszcze do nerwic.

Rzecz, napisana bardzo żywo i zajmująco, czyta się z prawdziwą przyjemnością. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Laub M. Dr.: **Cukromocz (glykosuria) w ostrej fosforzycy.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 2). Autor, w oddziale Bambergera, w szpitalu „Rudolf-Stiftung“, w Wiedniu, spostrzegał trzy przypadki fosforzycy ostrej i wyzyskał je ze względu na cukromocz, oraz wskazówki co do rokowania w tem zatruciu.

Jak wiadomo sądzono dawniej (Frerichs), że w ostrej fosforzycy niema „cukromoczu pokarmowego“, że więc przyswajanie węglowodanów nie jest upośledzone. Dopiero Jaksch wykazał, że w pewnych dobach fosforzycy, a mianowicie na szczycie choroby, występuje cukromocz pokarmowy, jednak nie po zwykłych pokarmach, chyba nadzwyczaj rzadko, lecz dopiero po spożyciu cukru. Dotąd opisano tylko trzy przypadki fosforzycy z cukromoczem. Do nich dodaje autor dwa nowe z cukromoczem przemijającym.

W obu przypadkach wystąpił cukromocz dopiero po kilku dniach. W pierwszym przypadku raz czwartego dnia, a drugi raz jedenastego. W drugim przypadku, w siódmym, ósmym i dziewiątym dniu choroby.

Cukromocz w fosforzycy tłómaczy autor za Jakschem niedomogą zbiorników glykogenu, to jest wątroby i mięśni, przez co powstaje hiperglikemia, a w następstwie tego glikozurya. Dopóki wątroba nie wróci do zupełnego zdrowia, to znaczy dopóki cała ilość jej komórek nie stanie się znowu sprawną, dotąd może jeszcze pojawić się cukromocz pokarmowy.

Co do innych objawów w przemianie materyi w fosforzycy, to stale pojawia się nadmiar wydzielania azotu, a ubytek wydzielania mocznika. Z przypadków fosforzycy, opisanych przez innych badaczy, wyłącza autor te, które należą do okresu przedzgonnego, a w nich oczywiście stosunek ten nie pojawia się wcale. Zresztą wszystkie przypadki czyste dowodzą prawa powyższego, a również okazało się ono wyraźnie w przypadku autora (III). Oprócz azotu rośnie też wydzielanie amoniaku, o czem dotychczas bardzo mało wie nauka wogóle, a to spostrzegł też autor w swoim przypadku (III).

Po okresie większego wydzielania kwasu fosforowego nastaje w fosforzycy okres zatrzymania wydzielania tegoż, a takie przypadki uważa Münzer za pomyślnie przebiegające. Jednakowoż mimo tej wskazówki w rokowaniu, w przypadku autora (III) nastąpił skon. Z tego powodu zdaje się, że sprawa fosforzycy jest jeszcze za mało poznana i należy w przyszłości dokładnie uwzględniać każden nadarzający się przypadek tego otrucia co do przemiany materyi.

Jeżeli chory, jeszcze wśród objawów najcięższego zatrucia łaknie i jeżeli żółtaczka występuje nie odrazu, ale dopiero po kilku (2—3) dniach — ma być rokowanie pomyślne. Jednak tak te wskazówki, jak i wskazówka z zachowania się wydzielania kwasu fosforowego, wymagają jeszcze potwierdzenia na większej ilości przypadków.

Do pracy skrzętnie napisanej dodane tabliczki stosunków azotu, mocznika, amoniaku, kwasu fosforowego i chlorków. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Pawiński Józef Dr.: **Asthma vesicale**. *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 1, 2, 3). Dusznica, występująca wskutek niedostatecznego opróżniania się pęcherza moczowego, stanowi osobną postać chorobową, którą autor mianuje dusznicą pęcherzową. Przytacza szereg przypadków (pięć), w których dusznica występowała w następstwie zaburzenia, nie w wyróbce moczu, ale w wydalaniu go z pęcherza. Najczęstszą przyczyną upośledzonego wydalania moczu z pęcherza jest przerost gruczołu krokowego, choć i inne przyczyny mogą wywołać dusznicę pęcherzowa, jak n. p. nowotwory. Ponieważ prostatycy z istoty rzeczy są ludźmi starymi, więc dusznica pęcherzowa dotyka ustroju schorzałego z równoczesną miażdżycą układu naczyniowego, a przez to przebieg choroby się wikła.

Odpuszczanie moczu przez cewnik sprowadza nagłą ulgę, dusznica ustępuje widocznie potem. W jednym przypadku (I), przytoczonym przez autora, pęcherz był tak rozciągnięty, że sięgał aż nad pępek i tutaj sterczał w kształcie guza, który brał lekarz za tłuszczak. Odpuszczanie moczu, zapomocą cewnika, niebawem ulgę przyniosło. Zastósowanie środków, używanych w zwyczajnej dusznicy, nie sprawia skutku w dusznicy pęcherzowej. I to też było powodem, że autor dopiero później doszedł do odkrycia właściwej przyczyny, gdy inne środki nie prowadziły do celu.

Zakładanie cewnika nosi w sobie niebezpieczeństwo zakażenia pęcherza, a to, zwłaszcza wobec wieku chorych, przeszkadza dobremu rokowaniu.

Ponieważ przerost gruczołu krokowego jest tak częstą chorobą, dobrze zrobił autor, że zwrócił swoją pracą uwagę na związek dusznicy z niedostatecznem opróżnianiem się pęcherza moczowego. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. F. Ransom: **Zachowanie się toksyn tężcowych po wprowadzeniu do kanału pokarmowego** *(Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 8). Jest rzeczą powszechnie znaną, że niektóre jady, jeśli je wprowadzimy do przewodu pokarmowego zwierzęcia, nie wywierają wcale swojego wpływu toksycznego na to zwierzę. Wykazał to w ostatnich czasach Gibier na toksynach błoniczych i tężcowych. To samo dzieje się z toksynami cholery i gruźlicy. Stawiano różne hipotezy, aby sobie wytłómaczyć tę znaczną różnicę, jaka zachodzi między wstrzyknięciem podskórnem toksyn, a podaniem ich na wewnątrz. Według tych hipotez kwas żołądkowy, albo też sok gruczołów kiszkowych, wywierać ma na nie niszczący wpływ. Autor podawał świnkom morskim toksyny *per os* i *per rectum*, zabijał je po pewnym czasie chloroformem, przygotowywał z różnych narządów zawiesiny i wstrzykiwał je myszom. Przytem przekonał się, że tylko zawiesina z żołądka, jelita cienkiego i jelita grubego dawała objawy tężca, gdy zawiesiny z innych narządów nie wywierały żadnego wpływu. Na mocy tych doświadczeń wysnuwa autor następujący wniosek: 1) toksyny tężcowe, podane do wewnątrz, nawet w wielkich dawkach, są nieszkodliwe; 2) toksyny nie bywają wessane ani z żołądka, ani z jelit, wskutek czego we krwi nie spotykamy ani toksyn, ani antytoksyn; 3) toksyny w przewodzie pokarmowym nie giną, ale przechodzą niezmienione przez cały przewód pokarmowy i bywają *per anum* wydzielane. *Dr. Batko.*

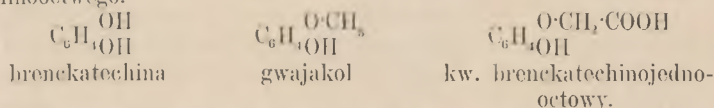
VI. **Zapiski lecznicze i nowe leki.**

Walidol jest nowym lekiem, kojącym ból i przeciwmacinniczym. Jest on połączeniem mentolu z kwasem kozłkowym, przedstawia ciecz bezbarwną, gęstości gliceryny, ma miły zapach, lekko gorzkawy, orzeźwiający, smak i posiada wszystkie dodatnie własności składających go przetworów, lecz nie drażni miejscowo. Podany w ilości 15—20 kropel (do 3-ch razy dziennie), stanowi silny środek podniecający w histeryi i neurastenii. Prócz tego walidol działa wzmacniająco na czynność trawienną żołądka i podnieca łaknienie. (La Médécine moderne Nr. 14). Kw.

I. Köller: Leczenie gruźlicy gwajacetyną (Aerztl. Centr. Anz. 1897, Nr. 32 i 33).

II. Goldmann: Doświadczenia z gwajacetyną i eukazyną przy leczeniu chorych piersiowych (Wien. med. Woch. 1897, Nr. 50).

I i II. Gwajacetyna jest solą sodową kwasu brenckatechinooctwego.



$C_6H_4{OH \atop OH}$ brenckatechina — $C_6H_4{O{\cdot}CH_3 \atop OH}$ gwajakol — $C_6H_4{O{\cdot}CH_2{\cdot}COOH \atop OH}$ kw. brenckatechinojednooctowy.

Jestto biały, bezwonny proszek, rozpuszczalny w 15 częściach wody, o smakug orzkawym, nie nadżerający i nie trujący, co, w przeciwieństwie do gwajakolu (podobnie jak kwas salicylowy w stosunku do fenolu) zawdzięcza grupie karboksylowej COOH.

Podawana u gruźliczych w ilości 0,5 trzy razy dziennie w proszkach, lub kołaczykach, podnosi przedewszystkiem łaknienie, którego brak nie pozwala niejednokrotnie na zastósowanie odpowiedniego żywienia chorych, usuwa gorączki i poty nocne, łagodzi kaszel, ułatwia wykrztuszanie, poprawia wreszcie stan ogólny i odżywienie, co się najlepiej odbija na wzroście ciężaru ciała (do 5 kg. i więcej w ciągu kilku tygodni).

Znoszona bywa dobrze nawet w tych przypadkach, gdzie kreozotal i węglan gwajakolowy musiały być odstawione z powodu przypadłości żołądkowojelitowych. Węglan bowiem kreozotu (kreozotal) i gwajakolu rozkładają się pod wpływem soku trzustkowego i wydzielają nadżerający kreozot, względnie gwajakol, czego gwajacetyna nie czyni.

Korzystnem jest połączyć leczenie gwajacetyną z podawaniem eukazyny, najlepiej pod postacią eukazynowych kołaczyków „cakes“. L.

VII. **Sprawy Towarzystw lekarskich.**

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z d. 11 Lutego 1898.

Przewodniczący: Kol. Dr. Machek. Członków obecnych 48.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Jasiński wygłosił rzecz pod tyt.: „Antropologia kryminalna i zwyrodniali zbrodniarze, a sądy karne“ (będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusyi kol. Obtułowicz podnosi, że uwagi wygłoszone przez kolegę J., są bardzo cenne. Lekarze sądowi uważają sobie za obowiązek wiedzy lekarskiej i sumienia zwracać uwagę sądów na tę sprawę lecz państwo i kraj muszą przyjść w pomoc, stwarzając zakłady odpowiednie dla nieuleczalnych obłąkanych i domy przymusowej pracy, lub osady rolne dla zwyrodniałych pod względem umysłowym. Nasze zakłady krajowe dla obłąkanych są przepełnione, n. p. zakład kulparkowski mieści przeciętnie 670—680 chorych, podczas gdy jest obliczony co najwyżej, wraz z nowo dobudowanymi pawilonami na 580 obłąkanych. Ztąd też Dyrekcya musi wydalać takich umysłowo chorych, którzy jeszcze ciągłego nadzoru lekarskiego potrzebują i bezwiednie czynów zbrodniczych się dopuszczają. Należy mieć nadzieję, że nasi przedstawiciele w Radzie państwa i w Sejmie pójdą z postępem czasu i rozwoju nauk lekarskich i zastósują wyniki badań umiejętnych do praktycznych celów humanitarnie pojętego sądownictwa. (*Autoreferat*).

3) Kol. Obtułowicz przedstawił preparat sądowo-lekarski, dotyczący noworodka, który w sposób zbrodniczy został przez matkę wyrzucony po urwaniu pępowiny przez okno i zginął śmiercią gwałtowną skutkiem rozbicia czaszki. Na płucach tego noworodka, grasicy i osierdziu trzewowem widać liczne wynaczynionki, napotykane zwykle w przypadkach śmierci z uduszenia. Preparat ten stanowi nowy i wybitny dowód, „że Tardieu mylił się, uważając wynaczynionki podopłucnowe za cechę śmierci z uduszenia w ścisłem słowa tego znaczeniu, t. j. z uduszenia powstałego przez zamknięcie dróg oddechowych“, tudzież, że Liman i jego zwolennicy mają racyę twierdzić, że wynaczynionki te powstać mogą nie tylko przy uduszeniu mechanicznem, lecz i przy powstałem z przyczyn wewnętrznych, n. p. przy padaczce, zatruciach, połączonych szczególniej z drgawkami itd.

W przypadku podanym przez prelegenta nie było wcale śmierci z uduszenia mechanicznego, lecz, skutkiem złamania kości czaszkowych, i krwotoku śródczaszkowego, powstało prawdopodobnie tak silne zadrażnienie ośrodka oddechowego i tak silny kurcz naczynioruchowy, że skutkiem tego przyszło do powstania licznych i ładnie wykształconych wybroczyn podopłucnowych na grasicy i osierdziu trzewowem. (Przypadek ten będzie obszernie skreślony w „Przeglądzie lekarskim“).

(*Autoreferat*).

4) Kol. Obtułowicz wygłosił wykład: „O przypadku krwotoku śródczaszkowego, między oponowego, bez pęknięcia kości czaszkowych po urazie tępym“. (Przypadek ten będzie obszernie ogłoszonym w „Przeglądzie lekarskim“).

M. S., kamieniarz, 50-letni, został 21/12 1897 r. ugodzony cegłą w głowę, pokrytą czapką barankową, stracił przytomność, odzyskał ją dopiero po upływie 2 dni, poczem okazywał porażenie połowicze po stronie prawej. Po 10 dniach stan jego bardzo znacznie się poprawił, lecz wkrótce znów pogorszył, a wreszcie M. S. umarł w 19 dni po uderzeniu (t. j. 10/1, 1898) wśród objawów porażennych i opadowego zapalenia płuc. Obdukcya, dokonana przez prelegenta i Dra Lachowicza, wykazała: brak jakichkolwiek śladów po urazie zewnętrznym na powłokach czaszkowych, oczaszna blada, kości czaszki miernej grubości, blade, brak wybroczyn między kośćmi czaszki a oponą twardą, a dopiero obfite skrzepy ciemno-czerwone, ugniatające półkulę mózgową po stronie prawej, otaczały ją ze wszech stron i ugniatały płat skroniowy mózgu tak, że widocznem było nieckowate zagłębienie. Wybroczyny te przylegały ściśle do opon miękkich mózgu tak, że trudno tylko dawały się oddzielać od pojedyńczych zwojów mózgowych. Utkanie miąższu mózgowego było zbitsze w półkuli prawej, niż lewej, która była soczystszą i nigdzie żadnych wybroczyn nie okazywała. Móżdżek był nieuszkodzony. Podstawa czaszki, podobnie i sklepienie, nie okazywały najmniejszego pęknięcia, ani też śladu po jakiejkolwiek wybroczynie. Mimo dokładnych poszukiwań nie zdołali obducenci wykryć miejsca pęknięcia zatoki sierpowatej większej, lub oderwania się żył, z których krwotok między oponowy w tak znacznym stopniu powstał; nie było również ognisk rozmiękłych w mózgu, ani odmiennie zabarwionych warstw w skrzepach, ani miażdżycy tętnic, ani zmian kiłowych w narządach wewnętrznych sekcyonowanego.

Prócz rozszerzenia pęcherza aż do pępka, z powodu przepełnienia moczem, oraz przekrwienia i lekkiego zagęszczenia tylnych i dolnych części płuc, obdukcya nie wykazała nic uwagi godnego.

Prelegent kładzie nacisk na obfitość krwotoku między oponowego, na długie trwanie życia po wystąpieniu krwotoku urazowego (dni 19) i zalicza to spostrzeżenie do rzadkich w medycynie. Literatura sądowo-lekarska wykazuje „rzadkie przypadki“ pęknięcia mózgu (Zaaijer), oraz krwotoków śródczaszkowych bez uszkodzenia kości czaszkowych, a w dziele Prof. Dra Hermana Friedberga z Wrocławia (z r. 1875) znajdujemy w „Gerichts aerztliche Gutachten“ zacytowany podobny przypadek, gdzie po uderzeniu kijem i pięścią 50 kilkoletnia kobieta zginęła skutkiem krwotoku między oponowego, otaczającego półkulę mózgową lewą, bez uszkodzenia czaszki, ale zginęła w ciągu 1 doby po urazie.

Przypadek podany przez prelegenta jest ważnym nie tylko dla lekarzy sądowych, ale także dla internistów i chirurgów, którzy, dokonując trepanacyi, a nie napotkawszy odłamków blaszki wewnętrznej lub krwotoku między kośćmi czaszki i oponą twardą, powinni pamiętać jeszcze o możliwości krwotoku między oponowego.

(*Autoreferat*).

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll.: Wehr, Gabryszewski Tadeusz z Bóbrki (podając ze swej praktyki analogiczny przypadek), Machek i prelegent.

Po posiedzeniu odbyła się wspólna uczta.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VIII. KORESPONDENCYE

Listy z Ameryki.

VI.

Chicago w Grudniu.

Na 45 Stanów północnej Ameryki, w trzech tylko od przybywającego lekarza — obcokrajowca — wymaga Urząd zdrowia bądź okazania dyplomu, bądź złożenia egzaminu, zanim mu udzieli upoważnienia na praktykę lekarską. Polaków najwięcej mogą obchodzić Stany: Pensylwania, New-York, Ohio, Minnessota i Illinois, gdyż tu najwięcej osiedliło się Polaków, Rusinów, Litwinów i Słowaków. W Stanach: Pensylwanii, New-Yorku i Minnessocie wymaganym jest koniecznie egzamin państwowy, od którego żaden dyplom nie uwalnia; w Marylandzie tylko miasto Baltimore wymaga złożenia egzaminu, na prowincyi otrzymuje się upoważnienie do praktyki za okazaniem jakiegokolwiek dyplomu, amerykańskiego lub europejskiego; tych samych przepisów trzymają się Stany: Illinois i Ohio. Stan Illinois uznaje tylko dyplomy czterech państw europejskich, mianowicie: austryackie, niemieckie, rosyjskie i szwajcarskie. Egzamin składa się tylko z głównych przedmiotów, do których zalicza się i higiena; histologia, bakteryologia, embryologia itd. nie są wymagane. W Stanach wyżej wymienionych można składać egzamin i w języku polskim lub niemieckim. Za prawo złożenia egzaminu płaci się 10—15 dolarów. Egzamin odbywa się piśmiennie. Samo przez się rozumie się, że przed złożeniem egzaminu praktykować nie wolno. W Stanach, które nie wymagają egzaminu, płaci się, przy podaniu o pozwolenie na praktykę, 5 dolarów wpisowego, przedkłada się formularz, podpisany przez dwóch osiadłych lekarzy, którzy poręczają, że proszącego znają jako zawodowego lekarza, człowieka prawego i moralnego; o te podpisy kłopotu niema, gdyż lekarze, bez względu na narodowość, nigdy ich nie odmawiają. Zdający egzamin w obcym języku płaci, prócz taksy, jeszcze 10 dolarów na tłómacza.

Wypada mi udzielić rady koleżeńskiej tym, którzy, po przeczytaniu tych moich listów, nie zrażając się, zamierzą się przesiedlić do Ameryki: bez zapasu pieniężnego na kilka miesięcy, dla opędzenia koniecznych potrzeb życia, nie należy opuszczać ojczyzny, gdyż początki jak zresztą wszędzie, wymagają nakładu, a dochodu prawie żadnego nie dają. Powtóre, po przybyciu do Ameryki, należy, przynajmniej jakiś czas, pozostać po nad partyami: wszystkie narody, zamieszkujące północną Amerykę, dzielą się na stronnictwa polityczne, religijne, społeczne, a łatwo każdy, znający nasz naród, odgadnie, że partyjność najwięcej rozwinięta między Polakami. Owoż jeśli przybyły lekarz, zanim stanie twardo na własnych nogach, zaciągnie się pod jaką chorągiew, stronnictwo przeciwne wytęży swe siły ku zwalczeniu jego zamiarów i wiele w istocie zaszkodzić może. Najsilniejszem i najwpływowszem stowarzyszeniem jest Związek narodowy polski, z którym, przy ustalaniu stanowiska, liczyć się należy. Dalej — należy liczyć się z tą okolicznością, że w Ameryce, może więcej niż gdzieindziej, trzeba zasłużyć i zarobić na powodzenie: usposobienie opryskliwe i niecierpliwość odstręczają klientelę; niemniej szkodzą lekarzowi powierzchowne traktowanie swego zawodu i zbytnie zamiłowanie w rozrywkach: uwaga ta oparta jest na doświadczeniu, gdyż mógłbym przytoczyć na poparcie mego twierdzenia nader rażące fakta. Wyznać jeszcze trzeba, że z pomiędzy napływowych lekarzy spotykają się czasem ludzie bez nauki i doświadczenia: n. p. zdarzyło się jednemu lekarzowi, że, wobec zatrzymania się miesiączki, z jakiejś przemijającej przyczyny, rozpoznał ciążę tam, gdzie była tylko otyłość; następnie łudząc siebie i pacyentkę, został wreszcie zawezwany do porodu. Na uwagę położnej, że tu nie będzie porodu, bo nie było zastąpienia, wezwał innego lekarza do pomocy i udecydowali posłać „rodzącą“ do szpitala, ażeby tam zakończono poród cięciem cesarskiem. Tu wreszcie wszystkim otworzono oczy. W innym przypadku ten sam lekarz „europejski“ został zawezwany przez tę samą położną do wyjęcia łożyska; nie poszedł jednak za wskazówkami doświadczonej kobiety, lecz utrzymywał, że w macicy pozostało drugie dziecko z porodu bliźniaczego i posłał rodzącą do szpitala dla dokończenia porodu; tu rozpoznano gnuśność przepełnionej krwią macicy, a po zastósowaniu metody Credego i wydaleniu łożyska i skrzepów, odesłano położnicę do domu. Oczywiście, taki lekarz nie może liczyć na

powodzenie. Pomimo jednak zdarzających się krzyczących błędów, europejscy lekarze zażywają jeszcze lepszej sławy, aniżeli amerykańscy, zwłaszcza między emigrantami. Tych, co zjednają sobie zasłużone imię, zowią tu „lekarzami europejskimi“, albo „starokrajskimi“; a w nazwie tej mieści się uznanie wyższości nad lekarzami miejscowymi, na co sumienną pracą zawodową staramy się zasłużyć.

Dr. W. Sieminowicz.

† Dr. Roman Jasiński.

Zaledwo ubiegł kwartał od śmierci nieodżałowanego Krysińskiego, nowa, niemniej dotkliwa, strata dosięgła ogół lekarzy warszawskich. Dnia 7 b. m. zakończył życie w Warszawie Roman Jasiński, głośnego imienia chirurg, płodny i wykwintny pisarz, popularyzator wiedzy lekarskiej, o ile wzięty lekarz, o tyle zapobiegliwy orędownik instytucyj humanitarnych, jeden z tych szermierzy swego pokolenia, którzy gorliwą pracą, podniosłością ducha i niezłomnością charakteru, uratowali ciągłość nauki swojskiej, a z nią złożyli świadectwo niespożytego ducha, wśród najcięższych warunków bytu.

Ś. p Roman Jasiński urodził się r. 1853 w Warszawie, gdzie odbył nauki gimnazyalne i uniwersyteckie. Po ukończeniu wydziału lekarskiego w r. 1876, bezwłocznie został asystentem wydziałowej kliniki chirurgicznej. W celach dalszego kształcenia się bawił za granicą w głównych ogniskach nauki lekarskiej. W roku 1878 pełnił pół roku obowiązki ordynatora-chirurga w wojskowym szpitalu Mikołajowskim (podczas wojny wschodniej). W latach 1879—1881 był ordynatorem kliniki chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus, oraz ordynatorem szpitala dla dzieci, nad rozwojem którego gorliwie pracował. Zmarły oddawał się z zapałem piśmiennictwu zawodowemu, bądź to jako redaktor „Pamiętnika Towarz. lekar. warszawskiego“, bądź też jako gorliwy członek redakcyi „Gazety lekarskiej“, na której łamach umieścił wielką liczbę cennych rozpraw, zwłaszcza z zakresu ortopedyczno chirurgicznego. Prac tych nalicza „Wykaz oryginalnych prac lekarskich“ — 27. Do dzieł większych rozmiarami należy „Dyagnostyka chirurgiczna“, ogłoszona przed trzema laty. Prace popularne umieszczał w dziennikach codziennych, lub wygłaszał je w odczytach.

Ś. p. Jasiński brał czynny udział w Zjazdach lekarzy polskich, skwapliwie zajmował się urządzeniem wystaw higienicznych, pracował gorliwie nad rozwojem warszawskiego szpitala dla dzieci, przyłożył ręki do utworzenia Pogotowia ratunkowego; w obejściu dostępny i wyrozumiały, towarzysz poszukiwany dla zdrowego i szczerego humoru, był jednocześnie człowiekiem z sercem i z wysokiem poczuciem społecznem; to też każdy z nas czuje, że z pierwszych szeregów narodu ubył człowiek znaczący i że śmierć jego nie jest to strata tylko dla jednego miasta i jednego zawodu. Cześć pamięci zasłużonego. *Kwaśnicki.*

X. II. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

4. Prof. Politzer demonstrował i objaśnił: „Anatomopatologiczne przyczynki do zaburzeń chorobowych zewnętrznej atyki“. Trudność nakreślenia prawidłowego obrazu atyki zewnętrznej spoczywa w rozlicznych odmianach załamków i fałdów tam znajdującej się błony śluzowej. U noworodków atyka jest wypełniona zarodkową poduszką błony śluzowej; wstążki, fałdy i ciałka szypułkowate u dorosłych pochodzą właśnie z tej poduszki i są jej szczątkami. P. zwraca uwagę na ważność opisanej przez siebie i „szczeliną atyki“ (Atukspalte) nazwanej szpary między zewnętrzną ścianą atyki, a górną ścianą zewn. przewodu usznego. Dalej roztrząsa P. miejscowe stosunki między błoną Shrapnella, a więzadłem zewnętrznem młotka. Aby stwierdzić związek między atyką a jamą bębenkową, odsłonił P. wewnętrzną ścianę błony bębenkowej, naciął błonę Shrapnella z zewnątrz i napełnił przewód zewnętrzny rtęcią. Przy lekkim ucisku rtęć spłynęła po wewnętrznej stronie błony bębenk. na dół różnemi drogami, wykazując przez to poszukiwany związek.

Ostre ropne zapalenie atyki zewnętrznej stwierdził P. klinicznie w kilku przypadkach: przewlekłe jego zapalenie z przedziurawieniem błony Shrapnella prowadzi do wybujałości, ścieśnienia i zmarnienia przestworów atyki, wytworzenia się ziarniny i uklejów, bujających przez błonę Shrapnella do ucha zewnętrznego, gdzie mogą przedstawiać pozór uklejów zewn. przewodu usznego.

Zapomocą innych preparatów wyjaśnia P. obecność żółciołojaków w atyce zewn., które uważa w większości przypadków za żółciołojaki wtargające się (Invasions-cholesteatome, t. j. takie, które powstały przez przeniesienie się przyskórka z ucha zewnętrznego do jamy bęb. Przyp. sprawozdawcy).

Inne znowu preparaty objaśniają próchnicze zniszczenie brzegu bębenkowego (margo tympanica).

Zachowawcze leczenie tej choroby polega na przepłókiwaniu zapomocą zakrzywionej kaniuli i wstrzykiwaniu roztworów wyskokowych, kw. borowego i innych. Częstą przyczynę uporczywości ropienia w atyce stanowi próchnica brzegu bębenkowego, który P. poleca wyskrobać. Dla ułatwienia operacyjnego odsłonięcia atyki zewn. w uporczywych ropieniach gnilnych poleca P. narzędzie własnego pomysłu. Na operacyę Stackego decyduje się P. dopiero wtedy, jeżeli zawroty, bóle głowy i inne groźne objawy wskazują na zastój ropy lub na żółciołojak w głębi. W celu zapobiegania nawrotom żółciołojaka, który, według przekonania P., pochodzi najczęściej z przyskórka górnej ściany zewn. przewodu usznego, doradza on wyciąć 3—4 mm. szeroki pasek skóry z najwewnętrzniejszej części tej ściany.

Między demonstrowanymi preparatami zasługują na szczególną wzmiankę te, które przedstawiają nowowytworzoną tkankę łączną w górnej części atyki i w przestworze Prussaka (między szyją młotka a błoną Shrapnella), jako skutek przewlekłego nieżytu ucha środkowego. W znacznej ich części widać zrośnięcie błony Shrapnella z szyją młotka, a zatem ścieśnienie i zmarnienie przestworu Prussaka.

Doc. Dr. Gomperz przedstawił chorego z obustronnem wypukleniem górnego odcinka tylnego błony bęb., jako ilustracyę typowej zmiany w napięciu tej błony, przy zamknięciu trąbki, które działa na podobieństwo klapy (ventilartig): prelegent omówił już to zboczenie na zjeździe przeszłorocznym (p. „Przegl. lek., 1896). I w tym przypadku znalazł się obustronny przerost błony śluzowej trąbki. Jak wiadomo, G. tłómaczy tę zmianę w ten sposób, że w takich przypadkach idzie o zatkanie trąbki Eustachiusza przez cząstkę śluzu lub napęczniałą błoną śluz., działającą na wzór klapy tak, że powietrze może wprawdzie przez trąbkę swobodnie dostać się do ucha, lecz nie odwrotnie.

II posiedzenie d. 28 czerwca 1897.

6. Dr. Spira (z Krakowa) „Kilka słów o zachowawczem leczeniu przewlekłego ropienia usznego“.

S. podnosi doniosłość leczenia zachowawczego tej choroby, szczególnie w praktyce prywatnej, pod względem materyalnym i społecznym, w przeciwieństwie do zbytniej gorliwości operacyjnego leczenia w zakładach publicznych. Trudność indywidualizowania i orzekania stanowczego w każdym poszczególnym przypadku, czy leczenie bez zabiegu operacyjnego doprowadzi do celu — lub nie, nakłada na lekarza obowiązek, niczego nie zaniechać w przypadkach, gdzie nie grozi bliskie niebezpieczeństwo, i spróbować wszystkiego, nim się ucieknie do noża. Prelegentowi powiodło się nieraz cierpliwem i wytrwałem czekaniem osiągnąć zupełne i stałe wyleczenie w przypadkach przewlekłego ropienia usznego. Nieraz on sam doradzał choremu poddanie się zabiegowi operacyjnemu; chory jednak odmówił i po dłuższem leczeniu zachowawczem wyzdrowiał. W tem postępowaniu stwierdził nieraz S. dobre skutki z zastosowania kseroformu, a tam, gdzie proszki są przeciwskazane, często własna jego metoda, podana w tym dzienniku jeszcze w roku 1892 i którą bliżej opisuje, oddała mu dobre usługi.

Urbantschitsch nie dzieli zdania S. co do skuteczności kseroformu i dałby pierwszeństwo airolowi. Gomperz nie radzi używać nierozpuszczalnych środków w przypadkach żółciołojaku i ropienia w atyce, lub jamie sutkowej.

Falta przemawia za leczeniem zachowawczem w każdym przypadku. Lecząc sprawę ropną w atyce, zauważył dobre wyniki

z tamponowania przez istniejące przedziurawienie, małymi kawałkami gazy chinolino-naftolowej Hanga.

Spira wyjaśnia, że kseroform niema tej wady, co inne proszki nierozpuszczalne, gdyż nigdy nie skupia się w suchą twardą masę, nie zasłania ropienia w głębi, nie pozostaje nigdy suchym, lecz owszem, przemaka zawsze wydzieliną i jest zawsze mokrym, dopóki wydzielina trwa; zastosowanie więc jego nie może sprowadzić fałszywego pozoru wyleczenia i nie grozi niebezpieczeństwem zatrzymania ropy. Natomiast środek ten wpływa korzystnie, bo wybitnie, ograniczająco na wydzielanie, działa wysuszająco i zasługuje na uwzględnienie obok kwasu borowego, wyskoku, azotanu srebrowego i innych środków, stosowanych w leczeniu tego cierpienia.

7. Urbantschitsch wyłożył rzecz: O zawrocie głowy i ruchach pozornych.

W ciągu ostatnich 2 lat przeprowadził U. szereg doświadczeń na osobach zdrowych i chorych na uszy. Osoby te miały się wpatrywać w tablicę, na której było narysowane koło z średnicą pionową i poziomą, oznaczone barwą czarną; inne zaś średnice w różnych kolorach przecinały 2 pierwsze pod rozmaitym kątem. Równocześnie wykonywał U. różne zabiegi w uszach tych osób, jak przestrzykiwanie, wdmuchiwanie, zgęszczanie lub rozrzedzanie powietrza i wszystko tak ostrożnie, by głowy nie poruszać. Pokazało się, że pod wpływem tych rękoczynów wydawało się osobom, patrzącym nieruchomo na tablicę, że raz jedna, to znowu inna linia, bądź zielona, bądź czerwona i t. d. była pionową. Kąt tych linij do czarnej, t. j. do rzeczywistej pionowej średnicy, czyli stopień nachylenia, wynosił 2—10°. U innych wystąpiły wachlarzowate ruchy tych linij, które się do siebie zbliżały, lub od siebie oddalały, albo też ruchy wahadłowe, drgawkowe, faliste, lub też średnice zdawały się załamanemi i t. p. Różne odmiany pojawiały się zależnie od tego, czy patrzano się obu oczami, czy też tylko jednem, albo drugiem okiem. Czasem przy wpatrywaniu się obu oczami nie było żadnych ruchów, a występowały one na lewo lub na prawo przy wpatrywaniu się lewem, lub prawem okiem.

Podobny szereg zjawisk wystąpił przy zadziałaniu na uszy tonów różnej wysokości. Pod ich wpływem wystąpiły również wahania osób użytych do doświadczeń, na prawo, na lewo, lub ruchy spadowe (Sturz-Bewegungen) ku przodowi, ku tyłowi, na jeden lub drugi bok i to przy postawie stojącej, z oczami zamkniętemi lub otwartemi. W pewnym szeregu doświadczeń wystąpiły ruchy wachlarzowate przy zadziałaniu tonów aż do pewnej wysokości, a przy wyższych tonach ruchy były tylko wahadłowe. Wpływ tonów na ruchy pozorne zmieniał się, jeżeli te osoby miały równocześnie przed oczami szkło różnych kolorów i różne były ruchy, gdy trzymały szkło przed jednem, drugiem, lub przed obu oczyma. Przy tych doświadczeniach unikał U. starannie poddawania (sugestyi). Wyniki były często u tych samych osób równe i stałe w różnych czasach, u innych osób były znowu zmiennymi.

Pollak tłómaczy te objawy przeniesieniem drażnienia ślimaka na narząd przedsionkowy; podrażnienie zaś przewodów półkolistych wywołuje, jak to Högyer wykazał, skurczenia pewnych mięśni ocznych, które znów mogą pociągnąć za sobą zboczenie osi ocznej, wystarczające do odchylenia w opisanem doświadczeniu średnicy pionowej na prawo i na lewo.

Hamerschlag sądzi, że utrzymanie równowagi jest wynikiem złożonej czynności różnych zmysłów, jak słuchu, wzroku, dotyku i czucia mięśniowego. Zaburzenia zatem w zakresie zmysłu mogłyby upośledzić tę złożoną czynność i sprowadzić podobne do opisanych objawy.

Spira mniema, że te wahania i ruchy pozorne należy pojmować, jako analogię do zaburzeń, występujących w pewnych zboczeniach wzroku. Znaną jest rzeczą, że u osób krótko- i dalekowidzących, występują, przy pewnych wysileniach wzroku, objawy t. zw. astenopijne, jak ból i zawrót głowy, nudności, łzawienie, skakanie liter, ich zlewanie się i zacieranie, podwójne widzenie i t. p. Wszystkie te przypadłości są następstwem zboczeń akomodacyi; jestto więc b. prawdopodobnem, że i zjawiska zaburzenia równowagi ze strony słuchu, opisane przez prelegenta, należy również odnieść do zaburzeń akomodacyjnych narządu słuchowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków 10 Marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Zarewicz przedstawił chorego z rzadkiem cierpieniem; kol. doc. Nowak miał odczyt: O jadach wężów i skorpionów i o ich działaniu na ustrój.

* Walne zgromadzenie krakowskiego Towarzystwa ratunkowego odbyło się dnia 6-go b. m. pod przewodnictwem wiceprezesa Doc. Bossowskiego. Po odczytaniu sprawozdania przez sekretarza Dra Śliwińskiego, przystąpiono do wyborów. W miejsce prof. Obalińskiego, który zrezygnował, wybrano przez aklamacyę prezesem prof. Wicherkiewicza, wiceprezesem Doc. Brauna, sekretarzem Dra Śliwińskiego, skarbnikiem Dra Buszka. Następnie zgromadzenie mianowało Doc. Bossowskiego członkiem honorowym, a na jego wniosek uchwaliło wystosować do prof. Obalińskiego adres uznania za 7-letnią gorliwą pracę, a nadto, na wniosek Dra Śliwińskiego, postanowiono w lokalu Towarzystwa zawiesić jego portret.

* Dziekan Wydziału lekarskiego w Krakowie ogłasza konkurs na posadę elewa przy klinice chorób dziecięcych. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego, do dnia 28 marca.

* Wiedeńskie dzienniki donoszą, że prof. Schenk swą pracę o dowolnem oznaczaniu płci u potomstwa, oddał już do druku; ma ona wyjść nakładem Schallehna i Wollbrücka w Wiedniu i Magdeburgu.

* Dr. Zygmunt Kramsztyk został mianowany naczelnym lekarzem szpitala starozakonnych w Warszawie.

* Jedyny oddział laryngologiczny na całą Warszawę, istniejący do tej pory w szpitalu św. Rocha, został zamieniony na chirurgiczny. Słusznie Gazeta lekarska dopatruje w tem zarządzeniu cofanie się, a nie postęp.

* Głośny niemiecki ortopedysta, Hessing, zapowiedział w kilku dziennikach swój przyjazd do Wiednia, oraz zamiar udzielania tam porady lekarskiej. Wiedeńska Izba lekarska wystosowała podanie do Rady miejskiej, wzywając ją do zakazania Hessingowi praktyki lekarskiej w Wiedniu.

* **Mianowani**: Dr. Roth mianowany został profesorem anatomii patologicznej w Bazylei. — Dr. Leon Popielski otrzymał posadę asystenta przy katedrze fizyologii w petersburgskiej Akademii wojenno-lekarskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Adam Bochenek, Ryszard Urbanik, Kazimierz Wilczek i Romuald Żurakowski.

* **Nekrologia**. Dr. Zygmunt Górnisiewicz, asystent profesora krakowskiej kliniki chirurgicznej, człowiek w zawodzie swoim głęboko wykształcony, o ile szlachetny, o tyle wrażliwy, uległ w walce z przeciwnościami, które, łamiąc ducha, zaćmiły mu cel i urok życia. Zeszedł nagle z tego świata w Krakowie. W Warszawie zmarli: Dr. Karol Kulesza w wieku lat 64 i Dr Feliks Topolski w 38 roku życia. Dr. Wierzbicki Michał z Bukaresztu zmarł w Algierze. Dr. Grzybowski Piotr zmarł w Rosyi, w 49 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Gazecie Lekar." Nr. 10: Dra Ciechanowskiego St.: Badania wstępne do poszukiwań ilości antymonu w rozmaitych narządach ustroju w przypadkach otrucia. Dra Czajkowskiego J.: Przyczynek do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu (ciąg dalszy). W „Zdrowiu" (Z. 150): Zjazdy: w Madrycie i Poznaniu. Dra Biernackiego M.: Wodociągi lubelskie. Dra Buszka: Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za rok 1896. Dra Polaka J.: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych. Dra Tchórznickiego: Kąpiele ludowe. W „Nowinach lekarskich" Nr. 3: Dra Chłapowskiego: Przypadek raka trzustkowego, oraz uwagi nad możliwością rozpoznania go. Dra Janowskiego Wł.: Parę uwag w kwestyi piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Dra Oświecimskiego (Katowice): Amerykański zgłębnik maciczny. W „Krytyce lekarskiej": Biernackiego E.: Nasz ogół lekarski i nasza prasa lekarska. Peszke J.: Wojciech Oczko, jako chirurg. Dydyńskiego i Gościckiego: Kilka uwag krytycznych z powodu trzech prac Dra E. Biernackiego. W „Medycynie" Nr. 10: K. Zaleskiego: Kilka słów o wrzodzie dziurawiącym w przełyku. Prof. Dogiela: O wpływie muzyki i barw widma świetlnego na układ nerwowy człowieka i zwierząt.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.